

Le pessaire

Une solution efficace au prolapsus génital

Annick Larochelle, MD

L'essai d'un pessaire se réalise avec succès chez 56 à 74 % des femmes. Soixante-douze pour cent utilisent encore le pessaire un an plus tard et 64 % après deux ans.

Quelle est la présentation clinique d'un prolapsus génital?

Une relaxation du plancher pelvien peut se présenter cliniquement par :

- Une cystocèle : descente de la paroi vaginale antérieure pendant la rétraction de la paroi vaginale postérieure avec une seule lame de spéculum.
- Une rectocèle (avec ou sans entéroccèle) : visualisation d'une descente de la paroi vaginale postérieure pendant la rétraction de la paroi vaginale antérieure avec une seule lame de spéculum.
- Un prolapsus utérin ou une colpocèle : descente de l'utérus ou de la voûte vaginale (post-hystérectomie) en retirant lentement un spéculum ouvert.



La **Dre Larochelle** est obstétricienne-gynécologue chargée d'enseignement à l'Université de Montréal, membre actif au département d'obstétrique-gynécologie de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et membre associé au département d'obstétrique-gynécologie de l'Hôpital Charles LeMoyné de Greenfield Park.

Quelles patientes peuvent bénéficier d'un pessaire?

Le pessaire est une prothèse que l'on insère dans le vagin pour soulager les symptômes causés par un prolapsus génital. Quatre types de patientes qui désirent un soulagement de leur prolapsus génital peuvent bénéficier du pessaire, soit :

- la patiente ayant une contre-indication au traitement chirurgical;



A Cube en tandem (Silicone)	N Inflatoball (Latex)
B Hodge avec balle (Silicone)	O Shaatz (Silicone)
C Risser (Silicone)	P Anneau avec support (Silicone)
D Smith (Silicone)	Q Anneau avec balle (Silicone)
E Hodge avec support (Silicone)	R Dish d'incontinence (Silicone)
F Hodge (Silicone)	S Dish d'incontinence avec support (Silicone)
G Cube (Silicone)	T Ring avec support & balle (Silicone)
H Hodge avec support & balle (Silicone)	U Anneau (Silicone)
I Regula (Silicone)	V Beigne (Silicone)
J Gehrung (Silicone)	W Anneau d'incontinence (Silicone)
K Gehrung avec balle (Silicone)	
L Gellhorn flexible (Silicone)	
M Gellhorn 95 % rigide (Silicone)	

Figure 1. Divers types de pessaires disponibles (Milex Products inc.)

- la patiente en attente d'une chirurgie;
- la patiente qui refuse le traitement chirurgical;
- la patiente n'ayant pas complété sa famille.

Quelle est l'efficacité du pessaire?

L'essai d'un pessaire se réalise avec succès chez 56 à 74 % des femmes. Soixante-douze pour cent utilisent encore le pessaire un an plus tard et 64 % après deux ans.

Quels sont les types de pessaires disponibles?

La figure 1 illustre la majorité des pessaires disponibles. Par contre, seulement les plus populaires seront ici mentionnés. Il existe deux catégories de pessaires :

Les pessaires de support

Les pessaires de support sont conçus pour soutenir des prolapsus légers à modérés, soit de stades I à III selon la classification de l'*International Continence Society (ICS)* (tableau 1).

- L'anneau (lettre U) est souvent le premier choix, peu importe le prolapsus, en raison de sa facilité d'utilisation. Il a classiquement été décrit pour la cystocèle.
- L'anneau avec support (lettre P) est préférable en présence d'un prolapsus utérin.
- L'anneau avec boule d'incontinence (lettres Q, T ou W) sert à traiter une incontinence urinaire de stress concomitante.

Tous ces pessaires peuvent être utilisés chez les femmes actives sexuellement. Le pessaire peut être retiré par la patiente ou laissé en place pendant le coït.

Les pessaires *space-filling*

Les pessaires *space-filling* sont surtout utilisés pour les prolapsus plus importants, soit de stades III et IV. Habituellement, ces pessaires ne peuvent pas être manipulés par la patiente seule.

- Le Gellhorn (lettres L et M) est utile pour le prolapsus utérin ou de la voûte vaginale chez une patiente ayant conservé un bon support périnéal.
- Si la patiente présente un plancher pelvien très déconditionné, le beigne (lettre V) est alors un meilleur choix.
- Enfin, le cube (lettre G) peut être une alternative pour les femmes désirant soulager des

symptômes survenant lors de situations particulières (exercices, efforts physiques). Le cube, agissant par mécanisme de succion, doit être retiré quotidiennement par la patiente pour éviter les érosions de la paroi vaginale.

Comment choisir un pessaire adéquat pour la patiente?

Le but est de trouver le pessaire le plus large possible ne causant pas d'inconfort. Un vagin court (< 6 cm) et un introitus vaginal béant (> 4 cm) sont associés à un taux d'échec plus élevé.

Un examen gynécologique doit être effectué préalablement. De la gelée sur l'extrémité du pessaire facilite son insertion. Une fois en place, on devrait pouvoir passer un doigt entre la circonférence du pessaire et la paroi vaginale. Ensuite, la patiente doit réaliser des manœuvres de Valsalva, circuler et aller à la toilette pour vidanger la vessie et/ou le rectum. Si le pessaire tombe, il est trop petit, s'il cause de l'inconfort, il est trop gros.

Quel suivi exercer?

À la suite d'une première installation réussie, la patiente doit être revue par le médecin une à deux semaines plus tard. Lors de cette visite, on s'informe du confort, des fonctions vésicale et rectale, des pertes vaginales et des saignements. Il est possible que la patiente présente une incontinence urinaire de novo. Il serait alors préférable de la diriger vers un(e) gynécologue.

Lors de cette visite, on peut procéder à l'enseignement des soins du pessaire chez les femmes motivées et possédant les capacités de manipuler celui-ci. Il faut leur recommander de retirer et de nettoyer le pessaire avec de l'eau et du savon au moins une fois par semaine.

Tableau 1

Classification des prolapsus génitaux selon l'*International Continence Society*

- Stade 0 :** Aucun prolapsus
- Stade I :** Portion la plus distale du prolapsus demeure à 1 cm ou plus au-dessus de l'anneau hyménal.
- Stade II :** Portion la plus distale du prolapsus à +/- 1 cm par rapport au plan hyménal.
- Stade III :** Portion la plus distale du prolapsus > 1 cm à travers le plan hyménal, mais pas plus loin que la longueur vaginale totale moins 2 cm.
- Stade IV :** Éversion complète de toute la longueur du tractus génital inférieur.

Ensuite, si la patiente est autonome pour les soins du pessaire, les prochains rendez-vous avec le médecin peuvent s'espacer aux 6 à 12 mois. Si la patiente n'est pas autonome pour les soins, elle doit être revue aux trois mois minimum. À ce moment, le pessaire ne sera pas nettoyé de façon hebdomadaire, mais il sera retiré et nettoyé lors des suivis aux trois mois. Un examen au spéculum est réalisé afin d'éliminer une érosion ou un ulcère. Ce suivi peut être assuré en alternance avec une infirmière du CLSC.

Faut-il soulever des montagnes pour cesser de fumer?

La Gomme NICORETTE® est indiquée **pour les fumeurs qui n'ont ni la volonté ni le désir de renoncer soudainement au tabac**, afin de **réduire le nombre de cigarettes qu'ils fument chaque jour** avant une tentative de renoncement au tabac. Consulter la monographie du produit pour plus de renseignements sur les indications, les contre-indications, les mises en garde et la posologie.

nicorette®

Soins-santé grand public McNeil, 88 McNabb St., Markham, ON L3R 5L2

Tableau 2

Alternatives pour l'hormonothérapie intravaginale

1. Crème d'œstrogènes conjugués

0,5 g HS pendant deux semaines, puis trois fois par semaine.

2. Comprimés de 17β-estradiol

Un comprimé de 25 ug HS pendant deux semaines, puis deux fois par semaine.

3. Anneau de 17β-estradiol

Un anneau de 2,0 mg aux trois mois (l'anneau doit d'abord être inséré, et le pessaire doit ensuite être placé devant celui-ci et le recouvrir).

À retenir...

- Avec le vieillissement de la population, la demande pour un soulagement des prolapsus génitaux deviendra criante.
- Les pessaires sont une alternative efficace et sécuritaire.
- La chirurgie pelvienne reconstructive demeure le traitement ultime pour un soulagement définitif.
- Le choix du traitement dépend surtout de l'impact du problème sur la qualité de vie de la patiente et des risques associés au traitement choisi.

Quelles peuvent être les complications?

Des sécrétions vaginales malodorantes sont souvent constatées. Les infections vaginales peuvent facilement se traiter avec une crème de clindamycine en utilisant un applicateur intravaginal HS pendant une semaine.

Des érosions et des ulcères peuvent se présenter. Il est alors plus prudent de retirer le pessaire et de traiter avec une crème d'œstrogènes conjugués, 0,5 g intravaginale HS pendant deux à trois semaines. Si l'ulcère persiste, une biopsie de la lésion doit être réalisée.

Une complication sérieuse est l'incarcération du pessaire. Il s'agit d'un pessaire que l'on ne peut plus retirer, car celui-ci est « cimenté » dans des tissus sténotiques, atrophiques et même nécrotiques. Il peut migrer vers la vessie ou le rectum. Cette situation est exceptionnelle et survient chez des patientes qui ont négligé leur suivi pendant une longue période. Un traitement chirurgical est parfois nécessaire.

La prévention des complications

Il suffit d'utiliser de façon systématique et continue une hormonothérapie intravaginale (tableau 2). Le gel contenant du pH4, fournit avec l'achat de certains pessaires, peut prévenir les infections. Enfin, un suivi rigoureux est primordial. *Clin*

Bibliographie

1. Samuelsson EC, Arne Victor FT, Tibblin G, et coll: Signs of genital prolapsus in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:299-305.
2. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH: The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107(12):1460-70.
3. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, et coll: Predicting treatment choice for patient with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1279-84.
4. Morgan-Jahanshir L, Shott S, Fenner DE: Factors affecting patients' ability to retain a pessary. American Urogynecology Society, 19th Annual Scientific Meeting; Washington, DC; November 1998.
5. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, et coll: Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:345-50.
6. Clemons JL, Aguilar VC, Sokol ER, et coll: Patient characteristics that are associated with a continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:159-64.
7. Rodriguez Trowbridge E, Fenner DE: Conservative management of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48(3):668-81.
8. Flood C, Hanson LA: Supportive Devices. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery* 2003; chapter 26:289-98.
9. Elser DM. Use of the vaginal pessary. *UpToDate* 2006; 1-8.
10. Cundiff GW, Allen Addison W: Management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(4):907-21.